FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

DE BORDEAUX

ANNÉE 1888-89 N° 44

TABES ET SUSPENSION

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 28 JUIN 1889

PAR

Pierre-Michel-Charles-Antoine BOUYON

Né à Pontgibaud (Puy-de-Dôme), le 6 août 1861.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PICOT,	professeur,	*président.*
DE FLEURY,	professeur,	*juges.*
ARNOZAN,	agrégé,	
ARTIGALAS,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX

Imprimerie Vve Cadoret

17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1889

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

DE BORDEAUX

ANNÉE 1888-89 N° 44

TABES ET SUSPENSION

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 28 JUIN 1889

PAR

Pierre-Michel-Charles-Antoine BOUYON

Né à Pontgibaud (Puy-de-Dôme), le 6 août 1861.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PICOT,	professeur,	*président.*
DE FLEURY,	professeur,	*juges.*
ARNOZAN,	agrégé,	
ARTIGALAS,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX

Imprimerie Vve Cadoret

17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

M. MICE..... Professeur honoraire.

Clinique médicale	MM. PICOT.
	PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS.
	LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	DE FLEURY.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	ORÉ.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER
Matière médicale	PERRENS.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN.
	RONDOT.
	ARTIGALAS.
	MOUSSOUS.
	DUBREUILH.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER.
	PIECHAUD.
	LAGRANGE.
	POUSSON.
Accouchements	DENUCE.
	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. MM. PLANTEAU. FERRÉ. | Histoire naturelle.. M. DE NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	CARLES.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. méd. des enfants.	MM. RONDOT.	Clin. des mal. vénér.	ARNOZAN.
Clin. chir. des enfants.	PIECHAUD	Clin. des mal. ment..	N.
Accouchements	LEFOUR, agr.	Chimie	M. CARLES, agr.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A M. J. B.

A LA MEMOIRE DE MA MÈRE ET DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA TANTE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR PICOT

Professeur de Clinique médicale, Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Officier de l'Instruction publique.

A Monsieur le Docteur de FLEURY

Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Bordeaux
Officier de l'Instruction publique.

A Monsieur le Docteur LEFOUR

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux, Chirurgien de la Maternité,
Officier d'Académie.

Hommage de respectueuse reconnaissance.

A mes Maîtres

MESSIEURS LES PROFESSEURS

de l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand.

INTRODUCTION

Le traitement de la suspension dans le *Tabes* est maintenant à l'ordre du jour. Inauguré en Russie, il a été préconisé en France par des maîtres éminents. Ayant eu l'occasion, durant mon séjour à la Faculté de Bordeaux, d'assister à de nombreuses expériences faites sur des ataxiques, j'y ai puisé l'idée de mon travail inaugural.

Encouragé dans cette voie par M. le professeur Picot, je tiens à le remercier publiquement de l'honneur qu'il m'a fait en acceptant d'être mon président de thèse.

M. le professeur Vergely a également droit à ma reconnaissance, puisqu'il a mis gracieusement à ma disposition une importante observation.

Enfin, MM. Bitot, Lespinasse, Sabrazès, internes des hôpitaux, m'ont prodigué d'utiles renseignements et d'excellentes observations : aussi je leur adresse mon meilleur souvenir.

TABES

ET

SUSPENSION

DIVISION DU SUJET

Chapitre I. — Revue rapide du traitement du *Tabes*, en dehors de la suspension.

Chapitre II. — Du procédé de la suspension dans le *Tabes*.

Chapitre III. — Description de l'appareil de suspension.

Chapitre IV. — De la technique à suivre dans la suspension.

Chapitre V. — Des phénomènes mécaniques et physiologiques de la suspension.

Chapitre VI. — De la suspension chez les ataxiques, au point de vue clinique.

Observations.

Synthèse des observations.

Conclusions.

CHAPITRE PREMIER

REVUE RAPIDE DU TRAITEMENT DU *TABES*, EN DEHORS DE LA SUSPENSION

L'ataxie est une de ces affections dans lesquelles il est difficile de tracer une ligne de conduite au point de vue thérapeutique. Son évolution, sa durée sont seules imputables du grand nombre d'agents, cités par les uns comme efficaces et par les autres comme tout à fait nuisibles. Aussi est-il à peu près impossible de fixer son traitement avant l'emploi de la suspension. A l'extérieur comme à l'intérieur, bien des moyens ont été mis en pratique, sans qu'un seul ait beaucoup de succès à son actif.

Les bains sulfureux, les bains chauds ont été préconisés par certains auteurs, de même que l'hydrothérapie, dans la période latente de la maladie, en dehors de toutes crises.

Mais combien de fois ne se trouve-t-on pas obligé d'y renoncer en présence de l'hypéresthésie dont sont atteints pas mal de tabétiques, et de leur crainte exagérée pour le froid !

C'est ce qui fait que Leyden, quoique conseillant l'emploi des bains seuls, en repoussant les douches froides, considère comme indispensable de surveiller attentivement un tabétique soumis à ce traitement et d'exiger de lui qu'il se livre à un exercice musculaire aussi prolongé qu'il le pourra.

A côté de l'emploi des bains et de l'hydrothérapie, on doit citer comme tout aussi difficiles à employer les courants électriques. Jusqu'à présent, en effet, on n'a pas fixé de règles précises à ce sujet.

Les uns, comme Onimus, veulent qu'on ait recours aux courants continus, en ayant soin d'employer un courant ascendant, ce qu'on obtient en plaçant le pôle négatif au niveau de la région cervicale, et le pôle positif à la partie inférieure de la colonne vertébrale. Les autres, en tête desquels Neftel, partageant l'avis d'Onimus pour l'électrisation galvanique, préfèrent qu'on frictionne toute la colonne vertébrale avec le tampon correspondant au pôle positif, tandis que celui correspondant au négatif reste fixé sur la région cervicale. Tous sont unanimes, par contre, pour repousser énergiquement l'électrisation des nerfs périphériques.

Enfin, il est des auteurs, Erb en particulier, qui croient bon d'électriser, non seulement la moelle, mais encore les extrémités et qui se sont bien trouvés, pour arriver à ce résultat, de faire plonger les membres inférieurs ou supérieurs (suivant les régions où siègent les douleurs fulgurantes) dans un récipient d'eau où aboutit le pôle négatif, pendant que le positif repose sur une partie quelconque de la colonne vertébrale.

L'élongation des nerfs, ayant fourni d'assez bons résultats pour des névralgies, Langenbuch essaya de l'employer dans le *Tabes*.

Tout d'abord prônée par les cliniciens allemands, cette méthode ne tarda pas à être renversée, à la suite de nombreux insuccès, auxquels elle donna lieu, sans compter les aggravations qui en furent la conséquence. Aussi est-elle abandonnée actuellement par la majorité des neuropathologistes; M. Benedikt seul a tenté de la rénover tout récemment.

Les révulsifs, et en particulier les pointes de feu, constituent le plus sûr des moyens pour arriver à un bon résultat, surtout à l'époque des poussées aiguës. Faites tout à fait superficiellement et dans plusieurs séances, le long de la colonne vertébrale, elles procurent au malade un soulagement réel, et arrêtent pour quelque temps la marche du processus.

Les substances médicamenteuses données à l'intérieur fournissent parfois d'assez bons résultats, mais sont aussi incertaines dans leurs effets que les moyens employés à l'extérieur.

L'iodure de potassium et le mercure paraissent exercer une action bienfaisante au début du *Tabes;* mais leur action ne se prolonge pas longtemps et, dans tous les cas, paraît nulle lorsque l'affection est de date ancienne.

Quoi qu'il en soit, il nous semble prudent et logique de s'en servir chez les ataxiques syphilitiques, sans que pour cela nous songions à voir un lien intime entre le *Tabes* et la syphilis, la clinique n'étant pas à l'abri des erreurs de diagnostic. En effet, une gomme syphilitique de la moëlle n'est-elle pas susceptible de donner lieu à des symptômes moteurs, sensitifs et viscéraux, pouvant faire supposer qu'on se trouve en présence d'un cas d'ataxie ?

Le nitrate d'argent, l'ergot de seigle, le bromure de potassium et l'antipyrine sont aussi conseillés pour venir à bout des crises douloureuses. De ces trois agents, l'ergot de seigle est celui qui mérite d'être employé avec le plus de réserve, car il ne peut que favoriser les troubles trophiques, si communs dans l'ataxie.

Les injections hypodermiques de morphine et d'antipyrine mélangée à la cocaïne, sont, de tous les moyens préconisés, ceux qui viennent à bout des douleurs chez les ataxiques ; mais elles ne doivent être mises en pratique que lorsqu'il y aura indication formelle.

Enfin, pour terminer la série de ces médications, nous dirons qu'il n'est pas inutile de faire appel au traitement de l'état général, et d'employer suivant les cas l'arsenic, l'iode ou le salicylate de soude.

Parmi les eaux minérales recommandées, Balaruc et la Malou tiennent la première ligne : un certain nombre d'ataxiques leur doivent une amélioration considérable.

CHAPITRE II

DU PROCÉDÉ DE LA SUSPENSION DANS LE *TABES DORSALIS*.

A côté des nombreuses méthodes de traitement, mises en vigueur contre l'ataxie locomotrice et que nous avons envisagées rapidement, se place ce procédé nouveau, qui a fait grand bruit dans le monde scientifique (nous avons nommé la Pendaison) dont l'idée première est venue de Russie.

L'historique de cette question ne remonte pas à bien haut. En effet, en 1883, un praticien russe, M. Motschutkowsky, annonçait pour la première fois dans le journal le *Wratsch,* qu'il avait découvert un nouveau procédé de traitement dans le *Tabes*.

Voici d'ailleurs comment il avait été conduit à ce résultat :

En suspendant des sujets scoliotiques, à l'aide du corset de Sayre, il avait noté des phénomènes d'élongation se produisant du côté de la colonne vertébrale et amenant d'heureuses modifications dans les mouvements des membres. Il eut alors l'idée d'appliquer ce même corset de Sayre aux ataxiques et il obtint des effets vraiment remarquables. D'après sa statistique, sur quinze tabétiques traités par la suspension, treize avaient été débarrassés de leurs douleurs et de leurs sensations de paresthésie, en même temps que l'incoordination motrice avait diminué et la force musculaire avait augmenté. Ce même auteur russe insistait sur le rétablissement des fonctions sexuelles, sous l'influence de la pendaison, chez d'autres malades atteints d'impuissance d'origine nerveuse et indépendante du *Tabes*.

Ce procédé du Dr Motschutkowsky, inconnu dans beaucoup de pays, et notamment en France, avait été vulgarisé dans une certaine partie de l'Europe, surtout dans les milieux extra-médicaux, dans un but qui n'a rien à voir avec la science, ni surtout avec la thérapeutique.

Sur ces entrefaites, M. Raymond, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, envoyé en mission en Russie, eut l'occasion d'apprécier les résultats de ce traitement, qu'il n'avait fait que signaler dans son article *Tabes dorsalis* du dictionnaire encyclopédique. Aussi, dans un rapport adressé à M. le Ministre de l'Instruction publique, il insiste sur l'influence du traitement russe, au point de vue des douleurs fulgurantes, de l'incoordination motrice et de l'impuissance génitale.

Introduit en France par M. Raymond, le procédé de la suspension a vite fait son chemin. Le professeur Charcot a expérimenté le premier, à la Salpêtrière, et a confié la direction de ce traitement à son chef de clinique, M. Gilles de la Tourette.

Les résultats obtenus sur dix-huit ataxiques lui ont paru suffisamment brillants et concluants pour être livrés à la publication et il a consacré à leur étude une de ses leçons cliniques.

Il a enregistré les mêmes effets que le docteur Motschutkowsky.

Son élève, Onanoff, a fait des expériences sur des individus sains et a montré que la suspension est un stimulant puissant de la virilité. Enfin, pour être complet dans ce rapide historique, nous dirons qu'en province de nombreux essais de pendaison ont été faits. A Bordeaux notamment, MM. les professeurs Picot, Pitres, Vergely et plusieurs médecins des hôpitaux ont traité de nombreux cas de *Tabes* par la suspension.

Nous aurons d'ailleurs l'occasion, dans le courant de ce travail, de signaler les résultats assez importants obtenus, par ce procédé, à la Faculté de Bordeaux.

CHAPITRE III

DESCRIPTION DE L'APPAREIL DE SUSPENSION

Comme nous l'avons indiqué, le point de départ du docteur Motschutkowsky a été l'appareil de Sayre appliqué aux déviations rachidiennes.

Or, tout le monde sait qu'il se compose de deux pièces bien distinctes :

1° Un appareil de suspension destiné à corriger momentanément les attitudes vicieuses, sous l'influence de la traction que le poids du corps suspendu exerce sur le rachis;

2° Un corset plâtré qu'on applique sur le tronc pendant que le patient est suspendu en l'air, corset destiné à maintenir la correction de la déviation.

Cette dernière partie du procédé de Sayre n'a rien à voir avec la méthode du docteur russe. Ce qui est utilisé, c'est l'appareil suspenseur dont les détails peuvent varier à l'infini, mais dont le principe reste toujours le même.

Primitivement, l'appareil en vigueur à l'hôpital Saint-André de Bordeaux se réduisait à une traverse en bois s'appuyant sur deux lits.

Deux linges roulés en cylindres, placés aux extrémités servaient de brassières et, au milieu, une double cravate en toile assurait le maintien du menton et de la nuque.

La maison Galante fabrique un appareil qui est aujourd'hui très répandu dans le traitement des tabétiques.

Il consiste en une tige de fer horizontale de 45 centimètres

de longueur, munie en son milieu d'un anneau. A cet anneau s'adapte le crochet d'une mouffle, par l'intermédiaire de laquelle s'effectueront les tractions destinées à soulever le patient à une certaine distance au-dessus du sol.

A chaque extrémité de la tige, terminée en crochet, vient se fixer au moyen d'une boucle une courroie à forme d'anse qui prend son point d'appui sur l'aisselle du patient au moment de l'enlèvement.

La tige en fer est aussi creusée sur son bord supérieur de six encoches, trois de chaque côté, plus rapprochées des extrémités de la tige que de son point médian. Ces encoches sont destinées à recevoir et à maintenir en place les anneaux qui terminent la partie de l'appareil sur laquelle s'appuie la tête du patient pendant la suspension.

Cette pièce médiane se compose de deux cravates qui se rejoignent sur les côtés, de façon à ne former, en somme, qu'une seule pièce.

La cravate postérieure se fixe sous la nuque, et la cravate antérieure sous le menton. De chaque côté, la cravate antérieure est munie d'une petite boucle à laquelle correspond une courroie adaptée sur la cravate postérieure, de chaque côté également.

Les courroies, une fois bouclées, s'opposeront au glissement de cette sorte de collier formé par l'ensemble des deux cravates.

M. Gilles de la Tourette insiste sur le soin à apporter dans l'application de cette petite courroie; il importe que la pièce soit assez serrée pour empêcher le glissement du collier ; mais il ne faut pas que la constriction dépasse certaine limite, de peur qu'elle ne provoque une stase veineuse, par compression des jugulaires, dont la conséquence peut être une syncope.

D'ailleurs, chaque courroie est percée d'une dizaine de trous,

convenablement espacés, de telle sorte qu'on peut augmenter ou diminuer, dans les limites voulues, la constriction produite par l'appareil.

A l'hôpital Saint-André, les malades trouvent que la stricture exercée sur le cou est un peu pénible ; aussi ont-ils l'habitude d'interposer entre la courroie et la peau du cou un mouchoir ou une feuille d'ouate.

Tel est en somme l'appareil type employé pour la suspension des tabétiques et dont on peut voir la reproduction à la fin de notre thèse.

Il est évidemment exposé à certaines critiques, comme nous aurons l'occasion de le faire remarquer dans la technique opératoire.

Dans une communication à la Société de Médecine de Bordeaux, M. le Dr Lande a proposé d'ajouter à l'appareil un dynamomètre, construit spécialement par M. Creuzan, et qui est destiné à mesurer la force de traction.

D'autre part, M. le Dr Régis, qui s'est surtout occupé de la pendaison dans la paralysie générale, a ajouté à l'appareil que nous avons décrit un deuxième fléau qui correspond à la fronde occipito-mentonnière.

Cette modification est d'ailleurs motivée par cette raison que, dans la méningo-encéphalite diffuse, l'effort de la suspension doit surtout s'exercer sur la tête.

CHAPITRE IV

DE LA TECHNIQUE A SUIVRE DANS LA SUSPENSION

Nous avons dit que M. Gilles de la Tourette, chef de clinique à la Salpêtrière, avait fixé dans le *Progrès Médical* certaines règles à suivre pour le traitement par la suspension. Tout d'abord, il s'agit de bien assujétir la tête du patient. Suivant la grosseur de la tête, on écartera plus ou moins les deux anses que décrivent latéralement les cordons par lesquels se rejoignent les deux cravates. Ces variations d'écartement s'obtiennent par le choix des encoches de la tige de fer dans lesquelles on fixe les anneaux qui terminent l'appareil suspenseur de la tête ; plus la tête est grosse, plus ces boucles devront être placées en dehors.

Une fois la tête du patient harnachée, encravatée de la sorte, il s'agit de mettre en place les pièces destinées aux aisselles, et qui, en leur qualité de « régulateur de la suspension », ont un rôle important à jouer.

Il est nécessaire en effet que, pendant l'élévation, la traction ne porte pas uniquement sur la tête et sur le cou, car, en pareil cas, la suspension ne serait pas tolérée; il faut donc que le corps trouve quelque part un point d'appui. Mais d'un autre côté, il ne faut pas que ce point d'appui soit tellement effectif qu'il empêche l'élongation de la colonne vertébrale de se faire.

Dans cette intention, les pièces des aisselles, qui présentent la forme d'un ovoïde matelassé à son extrémité inférieure,

sont munies en haut d'une courroie qui peut s'allonger ou se raccourcir à volonté, suivant la taille ou le poids du malade.

Comme le fait remarquer M. le professeur Charcot, l'importance de cette courroie est grande. En effet, lorsque la pièce axillaire est trop courte, il peut se produire une compression des troncs nerveux, susceptible de déterminer des fourmillements, des engourdissements nécessitant l'interruption de la séance. Lorsque la pièce est trop grande, au contraire, le tiraillement des muscles de la nuque devient intolérable, le corps ne trouvant pas un point d'appui suffisant.

Ce n'est que par la voie des tâtonnements que l'on arrive à régler convenablement le jeu des courroies axillaires.

Une fois l'appareil bien en place, le médecin ou un aide tire sur la corde, fixée à la mouffle, de façon à soulever le patient au-dessus du sol.

Il faut tirer doucement, progressivement, sans secousses, évitant une élévation trop brusque, afin d'habituer peu à peu, en quelque sorte, les muscles du cou à la traction qu'ils vont supporter.

On doit engager le malade à éviter autant que possible les mouvements qui se produisent instinctivement au moment où il sent qu'il quitte le sol; on devra éviter également les déplacements latéraux et les mouvements de torsion qui pourraient se produire.

Il faut aussi conseiller au patient d'élever doucement les bras, quoique cette manœuvre soit parfois difficile.

Elle a pour but de favoriser, dans la mesure du possible, l'élongation du rachis.

En principe, la durée d'une séance de suspension ne doit pas dépasser trois ou quatre minutes.

Il est bon aussi d'habituer tout d'abord le sujet à la suspension, en ne faisant durer la séance qu'une demi-minute. Puis

on recommande une minute, deux minutes et le maximum atteint à l'hôpital Saint-André a été de cinq minutes, sans aucun inconvénient pour le malade.

Il est évident que la pesanteur du sujet influera aussi sur la durée. Chez les sujets un peu obèses, pesant de quatre-vingts à quatre-vingt-dix kilogr., la suspension laisse souvent, à sa suite, des douleurs de nuque qui ne se produisent pas quand l'opération est bien faite.

Certains sujets, portés à exagérer tous les traitements, réclament aussi d'être pendus tous les jours. Il vaut mieux espacer les séances de deux ou trois jours; à la Salpêtrière, les séances ont été faites tous les deux jours, l'expérience ayant démontré que les séances quotidiennes étaient moins favorables.

Dans les salles de l'hôpital Saint-André, les séances de suspension ont lieu en général le matin, au moment de la visite des médecins. On suspend les malades avec leur simple chemise, car tout vêtement supplémentaire gênerait les mouvements des bras. On recommande aux malades de la ville de quitter le faux-col, afin de rendre plus libres les mouvements du cou, et d'éviter par cela même les phénomènes fâcheux de la compression.

CHAPITRE V

DES PHÉNOMÈNES MÉCANIQUES ET PHYSIOLOGIQUES DE LA SUSPENSION

L'action mécanique la plus importante se produisant dans la suspension est celle qui porte sur les muscles. En effet, les deux cravates de l'appareil médian doivent nécessairement entraîner des tractions musculaires, la cravate postérieure se fixant sous la nuque et la cravate antérieure sous le menton.

D'autre part, les muscles du creux axillaire sont fortement tiraillés par les courroies latérales.

M. Lande et son interne, M. Régnier, ont essayé de mesurer la traction exercée sur les bras et sur la tête.

Au début de la suspension, le malade est surtout soutenu par les muscles qui forment les parois des creux axillaires et qui appuient fortement sur les liens, les bras étant presque verticaux, les mains en bas.

Avec le dynanomètre de M. Creuzan, un sujet du poids de 59 kil. est suspendu avec l'appareil ordinaire; d'emblée, il y a un effort de traction de 4 kil. 1/2 exercé sur le cou; en une demi-minute, cet effort va à 6 ou 7 kil.; en une minute et demie, il atteint 11 kil. A ce moment, chaque bras n'en supporte plus que 24.

De telles expériences, qu'il serait très utile de répéter, font entrevoir l'importance qu'il y aurait à doser la traction exercée sur les muscles.

Quoi qu'il en soit, ces phénomènes de traction musculaire

ne sont pas les seuls à envisager, car d'autres, plus remarquables, se produiraient du côté de la colonne vertébrale.

Le docteur Motschutkowsky, assistant à des applications du corset de Sayre, dans le mal de Pott, avait observé un allongement du corps des malades pendant la suspension, et des mensurations répétées lui avaient démontré que cet allongement peut atteindre de 2 1/2 à 5 centimètres et que la colonne vertébrale y prend part.

Le savant russe avait été frappé de ce phénomène de l'*élongation,* mis déjà en lumière par Langenbuck pour les nerfs périphériques, mais tombé ensuite en discrédit.

On se rappelle en effet que cet auteur avait employé la méthode de l'élongation dans le traitement du *Tabes*. Il voulait prouver que le *Tabes* n'était qu'une extension centripète des troubles inflammatoires et nutritifs, survenus dans les nerfs périphériques. Mais l'élongation de ces nerfs, surtout des sciatiques, chez les ataxiques, n'a pas produit les résultats qu'on en attendait.

Quoi qu'il en soit, M. Motschutkowsky a pensé que les racines médullaires et les nerfs des membres inférieurs étaient tiraillés pendant la suspension. Aussi a-t-il essayé ce procédé pour voir s'il ne donnait pas dans le *Tabes* des améliorations pareilles à celles qui suivent l'élongation des sciatiques.

En faisant des expérimentations sur le cadavre, il a, semble-t-il, démontré de la façon la plus nette l'élongation des racines médullaires, surtout des racines postérieures pendant la suspension.

Ayant enlevé, en respectant autant que possible les muscles et les ligaments du rachis, quelques lames des vertèbres dorsales, de façon à découvrir la dure-mère et les racines rachidiennes, il a tracé des points de repère sur la peau, la colonne vertébrale et l'enveloppe fibreuse de la moelle.

Le cadavre ayant été ensuite suspendu à l'aide du corset de Sayre, il fut facile de constater que les marques faites sur la peau et les vertèbres s'étaient abaissées de 14 millimètres par rapport à la marque tracée sur la moelle, et que les racines rachidiennes étaient attirées en bas, de façon à faire un angle aigu avec l'axe nerveux. L'allongement de la colonne vertébrale de la deuxième cervicale à la quatrième lombaire avait atteint deux centimètres et demi.

La même expérience permit de constater que la pression du liquide céphalo-rachidien augmente pendant la suspension.

Il est donc évident que par ce procédé vulgaire de la « pendaison » il y a des phénomènes d'élongation et de retentissement sur les centres nerveux.

Longtemps auparavant, Gilette et Félizet avaient pu voir, en élongeant des sciatiques de cadavres, que le déplacement de la moelle se faisait sentir jusqu'au bulbe. J. Marshall, Symington nient à tort ce fait, accepté par beaucoup d'autres observateurs. Leyden, en 1881, montra à la Société de Berlin des pièces anatomiques provenant d'un tabétique mort le lendemain d'une élongation violente ; les racines postérieures étaient le siège d'une inflammation très marquée et la moelle d'une vascularisation anormale.

La suspension méthodique et progressive ne nous paraît pas pouvoir retentir sur la moelle à la façon de l'élongation violente des nerfs.

Il doit se produire une simple excitation spinale, sans lésions irritatives ou inflammatoires et, à moins de susceptibilité spéciale des sujets, il serait, croyons-nous, très difficile de noter de graves altérations médullaires consécutives à la suspension.

D'ailleurs, si ce procédé produit d'heureux résultats, il peut les tenir en partie de son action sur l'appareil circulatoire.

D'après M. Régis, de Bordeaux, qui a tout spécialement

expérimenté sur des paralytiques généraux, la suspension excite la circulation cérébrale.

Cette influence physiologique sur la circulation se traduit par l'accélération du pouls.

Nous avons noté qu'un patient, ayant soixante-dix pulsations avant la pendaison, en accusait quatre-vingt-deux après la séance. Plusieurs tracés sphygmographiques ont du reste été pris, notamment à la fémorale; ils ont tous montré cet accroissement dans la force et le nombre des pulsations.

La respiration est, elle aussi, influencée, et, d'après le docteur Motschutkowski, le nombre des inspirations augmente de quatre par minute.

Les effets physiologiques viennent encore tout récemment d'être étudiés par M. Onanoff, de la Faculté de Paris, qui a pratiqué la suspension sur des sujets sains et vigoureux.

En outre de l'accélération des mouvements respiratoires et de l'augmentation de la tension artérielle, déjà signalées, il aurait vu se produire, à la suite de trois suspensions, une exagération manifeste des réflexes rotuliens, et, après quatre ou cinq séances, de l'insomnie, les nuits étant tourmentées par des rêves érotiques, des érections fréquentes; ces derniers phénomènes persistent durant quelques jours après la dernière opération.

Bien que M. Onanoff ait opéré sur des sujets sains, ces expériences n'en servent pas moins à l'explication des phénomènes physiologiques produits par la suspension. Elles signalent l'excitation des organes génitaux, qui est un fait vulgaire puisqu'on avait toujours observé la turgescence des parties sexuelles chez tous ceux qui avaient subi une suspension quelconque. M. Onanoff parle de l'exagération manifeste des réflexes rotuliens se produisant chez des sujets normaux, à la suite de la pendaison.

Chez les ataxiques, on n'a jamais observé en clinique, comme nous le verrons, de modifications dans ce sens ; quant à nous, nous n'avons jamais pu, après la suspension, produire le réflexe patellaire.

« Nous lisons dans le dernier numéro de la *Revue médicale* » *de l'Est* que M. Bernheim, de Nancy, pense que la suspen- » sion agit uniquement par suggestion, comme bien d'autres » modes de traitement employés en pathologie nerveuse : » dans les affections organiques du système nerveux existent » souvent des symptômes dus à des troubles purement fonc- » tionnels résultant d'une action dynamogénique de la lésion ; » pour M. Bernheim la suggestion est capable d'amener dans » ce cas une restauration fonctionnelle remarquable.

» M. Bancel (de Nancy) est plutôt disposé à croire, ainsi que » nous l'avons déjà indiqué, que la suspension détermine dans » la moelle et le cerveau des modifications de circulation, d'où » dérive peut-être l'amélioration de certains symptômes. »

Puisque nous sommes maintenant en possession de quelques données physiologiques, nous allons passer en revue les phénomènes cliniques constatés après la suspension.

CHAPITRE VI

DE LA SUSPENSION CHEZ LES ATAXIQUES AU POINT DE VUE CLINIQUE.

M. Motschutkowsky, soignant un malade à la fois scoliotique et ataxique, avait été frappé de ce que les douleurs fulgurantes très vives, siégeant dans les membres inférieurs, douleurs qui depuis longtemps tourmentaient ce malade jour et nuit d'une façon presque continue, avaient à peu près complètement disparu à partir du jour où il avait commencé à porter le corset.

Les douleurs fulgurantes sont en effet modifiées par la suspension, mais il ne faut pas dire toujours et chez tous les sujets, comme le prouvera la lecture de nos observations.

Chez certains tabétiques, elles s'atténuent et ne reviennent qu'à intervalles plus éloignés. On serait téméraire, croyons-nous, d'avancer avec l'auteur russe que, parfois, elles ont totalement disparu.

Cependant, il faut reconnaître que les douleurs fulgurantes ont bénéficié, dans la plus large mesure, du traitement par la suspension.

Dans des cas, où des crises douloureuses étaient presque continues et empêchaient le sommeil, on a vu survenir des améliorations notables.

M. Charcot signale aussi ce fait que, plusieurs fois, la sensation d'engourdissement des pieds s'est atténuée ou a disparu, et que, chez deux malades, des plaques d'anesthésie plantaire sont redevenues sensibles.

Du côté de la sensibilité, on a pu encore noter certaines rémissions dans les crises douloureuses de l'estomac ou de la vessie.

Dans la sphère motrice, certaines modifications importantes ont été signalées.

L'incoordination motrice peut être en effet heureusement influencée par la suspension.

Les malades disent qu'après la séance la marche est plus facile, plus assurée; cette amélioration ne dure d'abord que 2 ou 3 heures, puis, après huit ou dix séances, elle se maintient une grande partie de la journée.

Nous avons pu voir, à l'hôpital Saint-André, un ataxique arrivé à la période d'incoordination marcher facilement une grande partie de la journée après quelques séances. Certains malades de la Salpêtrière, qui au début se faisaient porter en voiture pour suivre le traitement, peuvent maintenant se rendre à pied et parcourir ainsi des distances relativement longues.

Un employé, qui était menacé de tomber à chaque instant, parce que ses jambes faiblissaient tout à coup, pouvait ensuite marcher presque toute la journée dans les magasins, sans être forcé de s'asseoir à chaque pas.

Le signe de Romberg, si important pour le diagnostic de l'ataxie, a cessé de paraître dans beaucoup de cas; M. Charcot a noté sa disparition au bout de vingt à trente séances.

Chez les malades de la Salpêtrière, aussi bien que parmi les sujets traités à l'hôpital Saint-André, on n'a relaté aucune modification du côté des réflexes rotuliens.

Leur abolition a toujours été constatée et à divers moments du traitement.

Du côté des membres inférieurs on a aussi noté une augmentation du volume des muscles.

La force musculaire augmente d'ailleurs par la suspension comme on peut s'en rendre compte par le dynanomètre. Cependant, il est rare que le traitement ait un effet bien marqué sur le poids du corps.

Les heureux résultats portant sur les troubles sensitifs et moteurs se font d'abord sentir, puis, vient l'amélioration des troubles vésicaux qui s'observe dans beaucoup de cas de *tabes*.

La miction se régularise, devient plus facile, l'incontinence disparaît ou s'atténue considérablement. Chez quelques-uns les fonctions vésicales sont redevenues normales.

Les organes génitaux bénéficient largement de la suspension ; nous avons vu que les expériences de M. Onanoff, sur des individus sains, ont prouvé l'influence stimulante de ce procédé sur l'exagération de la virilité.

En Russie, on emploie d'ailleurs la suspension pour tout cas d'impuissance, quelle qu'en soit l'origine.

M. le Dr Raymond aurait vu à Odessa un israëlite de 23 ans qui, devenu à un moment donné absolument impuissant, récupéra peu à peu, sous l'influence de la suspension, sa virilité.

Du côté des organes des sens, notamment de la vision, aucune amélioration n'a été signalée.

Les signes pupillaires du *tabes* ont toujours persisté.

A l'appui de ces résultats, en somme assez heureux, nous allons relater des observations qui, si elles ne plaident pas toutes en faveur de ce procédé, auront du moins l'avantage de mettre en lumière certains faits intéressants.

A l'exemple de M. le professeur Charcot, avec un scepticisme empreint d'une haute sagesse, nous nous défendons contre toute illusion sur la valeur de ces résultats : le temps seul jugera l'œuvre définitivement.

Après avoir exposé les faits cliniques, nous essaierons de faire valoir quelques considérations sur ce traitement en général.

OBSERVATIONS

Puisque l'idée première de la suspension est venue de la Russie, nous avons tenu à relater brièvement les principales observations communiquées à M. le professeur Charcot par le docteur Motschutkowsky.

OBSERVATION I

Homme âgé de 49 ans. Pas de syphilis antérieure. Les douleurs fulgurantes sont dites « atroces ». Douleurs en ceinture permanentes, très pénibles. Incoordination motrice très grande. Signe de Romberg très prononcé. Absence de réflexes rotuliens.

Diminution très nette de la sensibilité aux membres inférieurs. Difficulté de la miction. Impossibilité d'accomplir l'acte sexuel. Myosis.

Après vingt suspensions, le malade marche beaucoup mieux ; sa démarche, en réalité, est devenue presque normale.

Il n'a plus besoin de s'aider d'une canne comme il le faisait auparavant; il lui est possible de se tenir sur un seul pied pendant deux minutes environ.

Douleurs fulgurantes beaucoup plus rares.

Le traitement a été ensuite continué jusqu'à 97 suspensions.

Le résultat définitif a été :

1° Disparition des douleurs fulgurantes ;

2° Diminution extrêmement remarquable de l'incoordination motrice pendant la marche ;

3° Disparition des sensations de froid et des fourmillements;

4° Non existence du signe de Romberg.

M. le Dr Motschutkowsky dit aussi que ce malade qui, depuis près de cinq ans avait cessé tout traitement, exerce actuellement à Odessa les fonctions de chef de la station des voitures publiques ; il est obligé de faire tous les jours des courses de 3 à 5 kilomètres. Les douleurs fulgurantes n'ont pas reparu.

OBSERVATION II

Malade âgé de 42 ans. Ancien syphilitique.

Cas d'ataxie très avancée ; impossibilité pour le malade de se tenir debout sans l'aide d'une personne étrangère.

Difficulté dans la miction, fréquents besoins d'uriner (40 fois dans les 24 heures). Douleurs fulgurantes intenses à retours fréquents, douleurs en ceinture ; crises gastriques très violentes.

Absence des réflexes rotuliens. Signe de Romberg ; papilles normales ; myosis ; pupilles paresseuses.

Au bout de 22 suspensions, les douleurs fulgurantes avaient déjà perdu beaucoup de leur intensité. Après 80 suspensions elles avaient complètement disparu. Le malade est devenu bien plus solide sur ses jambes ; c'est au point qn'il peut marcher seul.

Miction à peu près normale (4 à 6 besoins par 24 heures).

Disparition des crises gastriques. Retour des fonctions sexuelles.

Les réflexes rotuliens sont toujours abolis.

OBSERVATION III

Malade âgé de 55 ans. Pas de syphilis.

A cause de l'emphysème et de l'artério-sclérose avec cœur forcé qui existaïent chez ce sujet, on a essayé de remplacer la suspension par une traction exercée sur les membres inférieurs par le procédé de Wolkmann.

Le malade étant couché, on exerça pendant quelques jours une traction

progressivement continue à l'aide de poids attachés aux pieds. Les résultats obtenus ont été très satisfaisants. Disparition des douleurs fulgurantes; retour très prononcé de la puissance motrice.

Suivent plusieurs observations relatées par le docteur russe, concernant des ataxiques qui ont été surtout améliorés au point de vue des douleurs fulgurantes et des fonctions génitales.

Le 8 octobre, M. le professeur Charcot a expérimenté à la Salpêtrière; et depuis cette époque il a eu l'occasion de traiter un grand nombre de sujets.

Voici en résumé les observations que le savant professeur a envisagées dans sa clinique du mardi 15 janvier 1889 :

OBSERVATION IV

Homme vigoureux, âgé de 50 ans, dont le début de la maladie remonte à cinq ans.

Crises de douleurs fulgurantes très vives. Il y a deux ans, fracture spontanée du péroné droit. Depuis deux ans, la marche est devenue difficile ; incoordination motrice assez prononcée. Miction difficile. Signe de Romberg nettement prononcé.

Impuissance complète depuis un an. Absence des réflexes rotuliens.

Première suspension le 22 octobre 1888. Le nombre des séances jusqu'à ce jour a été de 33; chacune d'elles durant de 1 à 3 minutes.

Dès la deuxième séance, une certaine amélioration s'est manifestée dans la marche et dans la miction.

A partir de cette époque et pendant un mois, les douleurs fulgurantes n'ont pas reparu. Elles sont revenues depuis, quelquefois, mais beaucoup moins intenses.

Douzième séance : La miction s'est améliorée encore. Le malade a pu

descendre seul du tramway en marche, ce qui ne lui était pas arrivé depuis deux ans.

Quinzième séance : On constate la disparition du signe de Romberg.

Vingt-troisième séance : Le malade a eu pour la première fois depuis un an une érection.

Les réflexes rotuliens sont toujours absents.

OBSERVATION V

D..., âgé de 43 ans. Hérédité nerveuse très prononcée ; peu exalté, instituteur, s'occupant activement de politique ; mère emportée ; un frère suicidé ; syphilis à l'âge de 20 ans.

Douleurs fulgurantes depuis cinq ou six ans. Démarche tabétique datant d'un an. Réflexes rotuliens absents.

Signe de Romberg. Signe d'Argyll Robertson.

Miction difficile. Impuissance depuis le commencement de 1888.

Début du traitement le 22 octobre 1888. Depuis ce jour, trente-six suspensions de une demi-minute à trois minutes de durée.

Après la 36e séance, on note de grands progrès dans la marche. Les douleurs fulgurantes sont, après quelques oscillations, devenues beaucoup plus rares et très supportables. Elles n'empêchent plus le sommeil. Le signe de Romberg a en grande partie disparu. Réflexes rotuliens toujours absents.

OBSERVATION VI

G..., 32 ans. Syphilis à 15 ans. Début il y a deux ans par des difficultés dans la marche.

Dérobement fréquent des membres inférieurs.

Les douleurs fulgurantes n'ont commencé à s'accuser qu'il y a un an. Besoins fréquents d'uriner et parfois incontinence d'urine. Sensation de

coton dans les pieds et dans les jambes ; réflexes rotuliens absents, pas de signe de Romberg.

Erections rares et imparfaites.

Début du traitement le 12 novembre 1888.— 24 séances. — Après la quatrième séance, amélioration dans la marche et moindre fréquence dans la miction.

A la fin du traitement, voici les résultats acquis : Longues courses sans canne. Disparition des vives douleurs ; simples chatouillements peu incommodes. Cessation de l'engourdissement dans les membres inférieurs. Les érections sont plus fortes et plus durables.

OBSERVATION VII

B... (Louis), 41 ans. Pas de syphilis.

Début en 1887 par de l'impuissance ; absence complète d'érection. Incoordination motrice des membres inférieurs très marquée. Douleurs fulgurantes peu intenses, mais il y a sensation douloureuse et obtusion de la sensibilité de la plante des pieds. Réflexes rotuliens absents.

Signe de Romberg très net. Difficulté de la miction ; un peu d'incontinence de temps à autre.

Mal perforant du pied. Signe d'Argyll Robertson.

Début du traitement le 10 octobre 1888.— 38 séances de une demi-minute à trois minutes chacune.

La démarche a commencé à devenir plus sûre dès la troisième séance, la miction plus facile et, à partir de cette époque, il a cessé d'uriner dans son pantalon.

Après la trentième séance les résultats sont : Un état très satisfaisant de la marche, de la miction et des sensations pathologiques qui existaient dans les pieds.

Le signe de Romberg a disparu, ou tout au moins il est devenu fort peu accusé. Les réflexes rotuliens sont toujours absents.

OBSERVATION VIII

S..., âgé de 52 ans. Syphilis il y a sept ans. Début du *Tabes*, il y a deux ans, par une sensation de faiblesse dans les membres inférieurs et une difficulté rapidement prononcée de la marche.

Signe de Westphal, signe de Romberg, signe d'Argyll Robertson. Les douleurs fulgurantes se sont manifestées pour la première fois il y a dix-huit mois seulement. Elles sont peu intenses.

Légère incontinence d'urine, un peu d'anesthésie plantaire. Erections très faibles.

Début du traitement le 14 novembre 1888. Après la quatrième séance, amélioration très manifeste dans la marche.

Après la sixième, cessation des douleurs ; les pieds sentent mieux le sol ; le signe de Romberg est moins accusé.

Après la douzième séance, la miction s'améliore notablement. Vers la vingt-deuxième séance, les érections, au grand étonnement du malade, reparaissent plus fréquentes et plus soutenues.

Les réflexes rotuliens font toujours défaut.

Telles sont les quelques observations les plus saillantes empruntées à la clinique de M. le professeur Charcot ; elles témoignent toutes en faveur du procédé.

Mais il faut dire que dans quatre cas, signalés dans cette même leçon, les résultats produits ont été presque nuls ou tout à fait nuls.

Nous tenons même à enregistrer une observation de la Salpêtrière où le traitement a été loin d'être bienfaisant.

OBSERVATION IX

G..., âgé de 32 ans. Hérédité nerveuse très chargée. Syphilis. Evolution très rapide de la maladie. En six mois, les symptômes les plus divers de la série tabétique avaient presque atteint leur apogée. Au début du traitement on notait : Ptosis et strabisme à droite. Incontinence nocturne depuis trois mois, marche très difficile, très incoordonnée; signe de Romberg très accentué, absence des réflexes rotuliens, anesthésie plantaire.

Début du traitement, le 22 octobre. Le nombre des séances a été de trente et une, de une demi-minute à trois minutes chacune. Pendant le premier mois, résultats favorables; incoordination moindre. De la vingtième à la vingt-cinquième séance, rien d'anormal; mais à partir de ce moment, sans qu'aucune circonstance individuelle permette de l'expliquer, un empirement marqué par un retour de l'incoordination motrice, un accès de douleurs fulgurantes plus intenses que jamais et une chute de la paupière supérieure gauche.

Le traitement a été suspendu. C'est là un revers de médaille.

OBSERVATION X

(Recueillie à la clinique de M. le professeur Picot et publiée par M. Lespinasse, interne du service).

M. Philippe.., âgé de 43 ans, terrassier, entré le 2 janvier 1889, à l'hôpital Saint-André, salle 15, lit n° 2. Comme antécédents personnels : une rougeole à 6 ans, fièvre typhoïde à 10 ans; à 21 ans, syphilis.

A partir de 35 ans, ce malade a eu plusieurs maux perforants plantaires, traités chirurgicalement.

Le malade est entré à l'hôpital pour des douleurs très vives s'irradiant dans les jambes et les genoux.

Examen du système nerveux. Motricité. — Difficulté à soulever les pieds de

terre. Quand il s'avance les yeux fermés, il chancelle et est obligé de se soutenir contre les lits; il chancelle également debout, les yeux fermés et les talons rapprochés.

Force au dynanomètre : main droite, 25 kilog.; main gauche, 22 kilogr.

Sensibilité. — Dans les jambes, douleurs lancinantes, se reproduisant à peu près tous les quatre ou cinq jours. Souvent elles durent une journée entière sans interruption.

Pas de douleurs en ceinture.

La jambe, la cuisse et la région lombaire sont insensibles à la piqûre.

La région de la nuque et le membre supérieur droit sont aussi insensibles.

Les sensations thermiques ne sont pas abolies.

Les muqueuses ont conservé leur sensibilité.

Absence complète du réflexe rotulien des deux côtés.

Organe des sens. — Vue affaiblie depuis l'apparition des douleurs lancinantes. Légère diplopie. L'examen ophthalmoscopique pratiqué par M. le professeur Badal a montré : une atrophie papillaire au début et un rétrécissement assez considérable du champ visuel des deux côtés.

Légère incontinence d'urine. Anaphrodisie à peu près complète.

Le 6 janvier : on institue un traitement par l'iodure de sodium (3 grammes par jour).

Il n'y a pas d'amélioration notable à la suite de ce traitement.

Le 14 février : on essaie le traitement de la suspension pendant une minute.

Le 15 février : pendant une minute et demie. Le soir le malade a quelques vomissements.

Le 16 février : pendant deux minutes. A la suite, grande lassitude avec sensation consécutive de tiraillements dans les membres inférieurs.

Le 18 février : pendaison pendant trois minutes.

Le malade nous dit que les douleurs sont moins vives et moins fréquentes dans les jambes.

La marche, les yeux fermés, est plus assurée; le malade ne trébuche plus comme autrefois.

Le signe de Romberg n'existe plus dans toute sa netteté.

Les désirs vénériens ne sont pas encore revenus.

Au dynanomètre, la main droite donne 40 kilogr.; la main gauche, 45 kilogr.

20 février : Pendaison pendant 4 minutes. Le malade étant debout, les yeux fermés, a très peu d'oscillations.

La marche, les yeux ouverts, est assurée. Il ne ressent plus la lassitude du début et s'occupe activement à différents travaux de la salle. Le réflexe rotulien est toujours aboli.

Au pied gauche, au niveau du dernier mal perforant, la sensibilité à la piqûre est très bien perçue.

Le 22 février : Nous faisons marcher le malade après la suspension : il s'avance sans aucune oscillation.

Interrogé sur ses désirs génésiques, il affirme qu'il n'aurait pas la frigidité des jours précédents.

Après la publication de cette observation, M. Lespinasse a eu l'occasion de revoir souvent ce malade.

L'amélioration constatée s'est maintenue ; la marche continue à se faire sans fatigue.

OBSERVATION XI

(Service de M. le professeur Picot, publiée par M. Lespinasse.)

D... (Marie), née à Ichoux (Landes), 50 ans, entrée à Saint-André le 18 juillet 1888.

Dans ses antécédents, relevons : violentes migraines avec vomissements. Pas de syphilis.

Il y a huit ans, vives douleurs en éclair dans les deux derniers orteils du pied droit. Dans l'intervalle des crises elle pouvait marcher, mais son pied était insensible, puisqu'elle perdait sa pantoufle sans s'en apercevoir.

Toutefois, l'autre moitié du pied était absolument normale et n'était le siège d'aucune douleur.

Après avoir été intermittentes, les crises sont devenues à peu près continues avec exaspération nocturne.

La marche a toujours été indécise ; lors de son premier séjour à l'hôpital, on avait déjà remarqué qu'elle projetait le pied en avant et en dehors.

Peu à peu, elle n'a plus eu la sensation du terrain sur lequel elle marchait.

En même temps, les douleurs devenaient intolérables, la malade entra de nouveau à l'hôpital le 18 juillet ; à l'époque de notre examen, persistance des douleurs fulgurantes qui sont cependant intermittentes.

Système moteur. — L'incoordination motrice est telle que notre malade ne peut ni marcher ni se tenir debout.

Au lit, après quelques oscillations, elle atteint assez bien le but qui lui est donné.

Elle croise les jambes sans trop de difficulté ; elle a aussi la sensation du lieu.

Les doigts de la main droite sont animés d'un tremblement assez marqué.

Etat de la sensibilité. — La sensibilité au contact est conservée. La sensibilité à la piqûre est diminuée, mais non abolie. Il existe un léger retard dans la perception des sensations. La sensibilité thermique est conservée ; la sensibilité au froid paraît exagérée.

Abolition du réflexe patellaire des deux côtés.

Organes des sens. — La vue est affaiblie ; la malade nous dit voir parfois les objets en double.

A l'ophtalmoscope : Atrophie de la papille.

Rétrécissement du champ visuel.

Du côté des organes génito-urinaires, signalons des crises de douleurs vésicales très intenses avec besoin très fréquent de miction.

A l'époque de son entrée, la malade pouvait marcher seule quoiqu'avec peine.

Mais bientôt elle a été prise de violentes douleurs au niveau des lombes, qui ont nécessité le repos au lit.

La paralysie a été dès lors complète, puisque la malade ne pouvait descendre du lit pour se placer sur sa chaise; elle était incapable de s'habiller.

Après avoir tenté en vain la médication habituelle, on a employé la suspension le 14 février.

A partir de ce jour, elle a été suspendue graduellement en commençant par une demi-minute jusqu'à trois minutes.

Le 20 février : la malade a pu enfin quitter le lit et marcher dans la salle, en s'appuyant légèrement sur deux personnes. Elle a pu même se tenir debout pendant quelques instants, sans aucun appui.

Le 21 février : notre malade a été toute heureuse de pouvoir s'habiller sans aucun aide.

Elle a pu porter les aliments à la bouche avec la main droite.

Depuis 10 jours, elle n'a pas ressenti de douleurs fulgurantes; malgré l'intermittence habituelle des accès, elle n'avait jamais observé un aussi long intervalle entre les crises.

Le réflexe patellaire est toujours aboli.

OBSERVATION XII

(Recueillie dans le service de M. le Professeur Vergely).

B... (Pierre) 47 ans, comptable. Hérédité nerveuse assez chargée. Syphilis en 1863, au service militaire. Depuis 1879, quelques fourmillements et picotements dans les jambes; il est d'abord traité par M. Germain Sée. En 1887, il entre dans la clinique de M. Pitres, avec des douleurs fulgurantes et de l'incoordination motrice; on lui conseille l'électricité.

Enfin, il se présente de nouveau à l'hôpital, le 21 octobre 1888, avec les mêmes symptômes et une lassitude plus grande encore dans les membres.

Etat actuel. — Douleurs fulgurantes s'irradiant des pieds aux genoux.

Incoordination motrice très marquée. Signe de Romberg : marche en frappant du talon, avec sensation de poids aux pieds.

Anesthésie plantaire.

Retard dans la perception des sensations.

Tremblement léger des mains. Ecriture difficile et irrégulière.

Abolition des réflexes patellaires.

Troubles de la miction. Incontinence urinaire.

Traitement (21 octobre) : Ergot de seigle, 25 centig. en un paquet. Trois paquets semblables.

Pas d'amélioration notable.

5 décembre : Le malade éprouve beaucoup de soulagement du traitement par l'électricité. Douleurs moins vives ; plus de vigueur dans les membres.

20 décembre : Les courants électriques ne procurent plus la même atténuation dans les douleurs.

9 février : On suspend le malade pendant une minute.

Le 11, le malade se trouve mieux ; il lui semble que le « sang circule mieux », qu'il a plus de force dans les jambes.

14 février : Sommeil la nuit. Signe de Romberg disparu. Toujours quelques douleurs fulgurantes.

Le 16 février, le malade a eu des érections pendant la nuit, ce qui l'a fort surpris.

Depuis cette époque, la suspension a été régulièrement continuée et l'amélioration s'est maintenue.

L'incoordination motrice est moindre, la marche est possible sans fatigue, les érections sont fréquentes, mais les douleurs fulgurantes persistent toujours, quoiqu'avec moins d'intensité.

L'écriture du malade n'est plus tremblée comme avant la suspension.

OBSERVATION XIII

(Recueillie à l'hôpital militaire de Bordeaux, service de M. le Dr Ferron, par M. Mongour, interne provisoire).

R..., capitaine, âgé de 43 ans.

Pas de syphilis. Pour la première fois, en 1877, le malade ressent des douleurs qu'il compare à des excitations électriques et qui siégeaient aux membres inférieurs. Pendant l'expédition de Tunisie, où l'hygiène était très mauvaise, pas d'exacerbation dans les douleurs, qui paraissaient au contraire céder à des exercices forcés.

En 1884, périostite du gros orteil ; ankylose consécutive avec anesthésie.

En 1885, sensation de marche sur le coton ; puis, ne sentant plus ses étriers, il est obligé d'abandonner tout service. Après avoir subi divers traitements, il entre en août 1888 à l'hôpital militaire de Bordeaux.

Etat actuel : Pas de troubles de la vue. Pas d'achromatopsie. Pas de strabisme. Pas de chute de la paupière.

Douleurs fulgurantes intermittentes. Hypoesthésie généralisée. Retard considérable dans la perception des sensations.

Incoordination dans la marche ; il jette les pieds en avant et en dehors. Signe de Romberg très net.

Arthropathies et atrophies musculaires.

Abolition des réflexes patellaires.

Du côté du tube digestif : constipation permanente et ténesme rectal douloureux. Vomissements bilieux tous les mois pendant deux ou trois jours.

Dans l'intervalle, fonctionnement normal de l'estomac.

Difficulté de la miction et incontinence nocturne d'urine. Anaphrodisie depuis 1883.

Au commencement de février, on essaye sur lui le traitement de la suspension qui a duré jusqu'à la moitié de juin. 60 séances environ.

On a commencé par une minute et progressivement on est arrivé à cinq minutes.

Tout d'abord il y a eu diminution dans l'intensité des douleurs fulgurantes. Eloignement progressif des accès. Diminution des douleurs en ceinture.

Peu à peu le malade a commencé à sentir le sol ; en s'appuyant sur une chaise, il peut sortir de sa chambre et parcourir une distance de cinquante mètres environ. Le réflexe rotulien est toujours aboli et il y a persistance de l'atrophie musculaire.

En somme, une amélioration notable s'est produite dans l'état du malade, ne serait-ce qu'au point de vue des douleurs.

OBSERVATION XIV

(Recueillie à la clinique de M. Picot, par H.-E. Lespinasse, interne des hôpitaux).

C... Sabin, 59 ans, manœuvre, né à Riverenert (Ariège); entré à Saint-André, le 20 mai.

Comme antécédents : fièvres intermittentes en Algérie.

Absinthisme. Pas de syphilis. Pleurésie gauche, il y a 9 ans. Début de l'affection, il y a 3 ans, par des douleurs lancinantes dans les membres inférieurs.

Incoordination motrice. Frappe le sol du talon. Marche comme sur du caoutchouc. Signe de Romberg très net. Abolition du réflexe patellaire.

Douleurs en ceinture. Troubles gastriques assez accusés.

Du côté des sens : Diplopie. Dyschromatopsie.

Pas de lésion du fond de l'œil.

Parfois pollutions nocturnes, mais anaphrodisie absolue.

Pas d'incontinence urinaire.

Force au Dynamomètre : M. S. D. = 30 kilogr.

— M. S. G. = 25 kilogr.

Dès son entrée à l'hôpital on emploie la suspension, en commençant par une demi-minute.

A la suite de la 1re séance, il a un peu de vertige et fait quelques efforts de vomissements.

Le surlendemain, suspension d'une minute.

Pas de troubles gastriques, seulement une grande lassitude musculaire.

On continue ainsi progressivement jusqu'à trois minutes.

Le malade accuse parfois des vertiges, mais il n'y a pas eu, à vrai dire, d'exacerbation dans les phénomènes gastriques par la suspension.

Le 2 juin : la marche est plus assurée. Le malade nous dit sentir mieux le sol sous ses pieds.

Les douleurs lancinantes n'ont pas reparu depuis quelques jours, mais il a toujours les douleurs en ceinture.

Le 4 juin : le malade va au fond de la salle sans s'appuyer aux lits; il ne lance pas autant les jambes.

Il n'a plus de fourmillements dans les pieds.

Mais l'anaphrodisie persiste toujours.

Le 10 juin : Le malade accuse toujours des douleurs gastriques et il dit lui-même que la suspension n'a aucune action sur ces crises-là.

Il reconnaît au contraire que les douleurs fulgurantes ont sensiblement diminué.

Fait intéressant à signaler : la suspension n'a produit ici aucune action sur les organes génitaux.

OBSERVATION XV

(Observation de traitement par la suspension recueillie par M. Emile Bitot, interne du service de M. le professeur Pitres.)

P..., âgée de 42 ans, syphilitique, atteinte de paraplégie, ataxique depuis six ans; ayant simultanément des crises de douleurs fulgurantes, l'incontinence d'urine et une constipation opiniâtre.

1re *séance*. — Durée : 3/4 de minute.

Pendant la séance de suspension, la malade a ressenti des tiraillements

très forts, mais non douloureux, qui partaient de la région lombaire et irradiaient vers les membres inférieurs.

Après la séance ces tiraillements ont disparu, puis se manifestent à deux reprises différentes dans l'après-midi : la première fois à 2 heures, la deuxième fois à 4 heures.

Insomnie complète la nuit suivante.

2e *séance.* — Durée : 1 minute.

Immédiatement après la séance, il s'est manifesté dans tous les orteils des fourmillements fort désagréables qui ont disparu au bout de 10 minutes.

Pendant la journée, la malade a éprouvé une sensation de chaleur généralisée.

La miction a été beaucoup plus régulière, car elle a été nettement suspendue de 10 heures du matin à 4 heures du soir.

La nuit a été excellente.

Pas trace de douleurs fulgurantes.

3e *séance.* — Durée : 1 minute 1/4.

Deux heures après la suspension, congestion intense de la face coïncidant avec une lassitude telle que la malade s'assoupit et dort pendant 1 heure 1/2.

Le sommeil, durant la nuit, a été interrompu par des tiraillements dans les membres inférieurs et supérieurs.

L'incontinence d'urine a complètement disparu.

4e *séance.* — Durée : 1 minute 1/2.

Après la séance, la malade prétend ressentir le long de la colonne vertébrale une sensation de brûlure intense qui se dissipe cinq minutes après.

Dans l'après-midi, abondante transpiration du côté des membres inférieurs.

Nuit excellente.

5e *séance.* — Durée : 1 minute 3/4.

Pendant la séance, craquements s'étendant de l'occiput au sacrum.

Le soir, *crampes* douloureuses dans les jambes seulement, pendant 10 minutes.

Nuit excellente.

Le lendemain matin, au réveil, accès d'oppression ayant persisté deux heures, au bout desquelles se sont déclarés des vomissements glaireux mélangés de bile.

Après les vomissements, crises de pleurs durant 3/4 d'heure.

Insomnie complète pendant la nuit.

6e *séance.*— Durée : 2 minutes.

Au moment où la malade a été remise dans son lit, sensation de craquements dans la région lombaire.

Dans l'après-midi, picotements douloureux au niveau des régions plantaires.

7e *séance.*— Durée : 2 minutes 1/4.

Pendant la séance, sensation de tiraillements désagréables le long de la colonne vertébrale.

Transpiration *subite, généralisée* et *abondante* se montre quelques secondes avant la fin de la suspension. En même temps, sensation de chaleur généralisée à tout le corps.

Le jour même quelques douleurs fulgurantes très supportables se manifestent dans les jambes et dans les orteils en partant du creux poplité.

La nuit a été assez calme jusqu'à 2 heures du matin. Mais à ce moment-là éclatent des douleurs fulgurantes, assez vives, dans la jambe gauche seulement et surtout au niveau du genou.

8e *séance.* — Durée : 2 minutes 1/2.

Vers la fin de la séance, transpiration identique à celle qui s'est manifestée la veille.

Le soir œdème de la jambe gauche. Nuit excellente.

La constipation a totalement disparu.

9e *séance.* — Durée : 2 minutes 3/4.

Pendant la séance, craquements violents dans la région cervicale. Sensation de chaleur surtout dans la moitié inférieure du corps. Transpiration abondante au milieu de la séance.

Dans la journée la malade a pu faire quelques pas en se soutenant avec des béquilles. Nuit calme.

L'intestin fonctionne bien.

10e *séance*. — Durée : 3 minutes.

Pendant la séance, tiraillements dans la colonne vertébrale et les jambes. Sensation de chaleur généralisée. Etat général des meilleurs.

11e *séance*. — Durée : 3 minutes 1/4.

Tiraillements trés forts dans les membres inférieurs allant à gauche jusqu'à l'extrémité des orteils et s'arrêtant à droite au creux poplité.

Même sensation de chaleur que dans les séances précédentes.

Pendant la nuit, la malade a été réveillée par des crampes violentes limitées à la jambe gauche.

12e *séance*. — Durée : 3 minutes 1/2.

Craquements dans la colonne vertébrale, surtout dans la région lombaire, avec tiraillements dans les membres inférieurs.

13e *séance*. — Durée: 3 minutes 3/4.

Rien de particulier.

Le lendemain de la suspension, douleurs fulgurantes dans les pieds.

14e *séance* (1). — Durée: 4 minutes.

Rien de particulier.

15e *séance*. — Durée : 4 minutes.

Rien de particulier.

16e *séance*. — Rien de particulier.

17e *séance*. — Sueurs profuses pendant la suspension.

18e *séance*. — Soubresauts très violents dans les membres inférieurs durant la séance, occasionnant le balancement du corps. Sueurs profuses comme la veille.

Le lendemain, polyurie.

19e *séance*. — Rien de particulier.

20e *séance*. — Dans la nuit, crise violente de douleurs fulgurantes. Grand abattement et fièvre au moment de la visite du matin. Polyurie.

---

(1) A partir de ce jour la durée des séances a été de 4 minutes.

21e *seance.* — La miction est normale. La malade est légèrement surexcitée.

22e *séance.* — Dans la nuit, agitation, douleurs en ceinture autour des articulations des genoux. Les jambes sont le siège d'une contracture très prononcée au moment de la visite.

23e *séance.* — La veille, la malade avait eu quelques douleurs fulgurantes qui ont disparu après la dite séance.

24e *séance.* — Picotements dans les jambes, transpiration généralisée.

25e *séance.* — La malade est restée, parait-il, deux heures, sans y voir nettement après la suspension. Elle prétend qu'elle ne voyait pas sa voisine (?)

26e *séance.* — Picotements dans les jambes.

27e *séance.* — Quelques douleurs sourdes dans la région lombaire après la suspension.

28e *séance.* — Fourmillements et picotements dans tout le corps après la séance.

En somme, la suspension paraît surtout avoir rétabli *les fonctions vésicale* et *rectale*. Elle a diminué le nombre des crises de douleurs fulgurantes, mais n'a pas changé l'état de la motricité dans les membres inférieurs.

OBSERVATION XVI

Tabes à la période paralytique. Suspension.

(Communiquée par M. Sabrazès, interne à Pellegrin).

G.... (Barthélemy), 53 ans, professeur, entré à l'hospice en 1885.

Pas de syphilis, mais excès vénériens, avec passion violente pour le jeu.

Le malade a remarqué d'abord de la frigidité, avec incapacité d'accomplir le coït, puis il a vu successivement se produire :

1° A l'âge de 40 ans, affaiblissement de l'ouïe;

2° Chute de l'ongle des deux gros orteils;

3° Douleurs fulgurantes à la cuisse droite;

4° Incoordination motrice progressive des membres inférieurs et sensation de tapis sous les pieds.

Etat actuel (27 février 1889). — Du côté des organes des sens : surdité très accentuée à droite, un degré de presbytie assez avancé, affaiblissement du goût et de l'odorat.

Signe d'Argyll-Robertson.

Membres supérieurs épargnés.

Force Dynamométrique : M. S. D. = 28 kilogr.

— M. S. G. = 26 kilogr.

Aux membres inférieurs : perte de la notion de position, du sens de la direction; masses musculaires amaigries.

Marche difficile, en lançant les pieds.

Comme troubles de sensibilité, zone d'anesthésie.

Réflexes plantaires conservés des deux côtés.

— rotuliens abolis

— testiculaires abolis.

Anaphrodisie.

Les poumons ont des sommets douteux au point de vue de la tuberculose.

Le traitement par la suspension, institué dès le 28 février, a donné les résultats suivants :

1re *séance*. — 1 minute. Légers picotements à la plante des pieds et aux genoux. Céphalalgie. Bouche sèche. Renvois. Affaissement.

2e *séance*. — (1er mars), 2 minutes. Fourmillements constants dans les pieds et les jambes. Picotements aux genoux. Douleurs vésicales. Journée bonne. Nuit bonne.

3e *séance*.— (3 mars), 3 minutes. Force dynamométrique, M. S. D.= 37 k.; M. S. G. = 32 k Ni picotements, ni fourmillements. Etat général excellent. Elasticité plus grande aux genoux. Nuit bonne.

4e *séance*. — (4 mars), 4 minutes. Etat général bon.

5e *séance.* — (5 mars), 4 minutes. Picotements et fourmillements aux pieds et aux jambes.

6e *séance.* — (13 mars), 3 minutes. Journée bonne. Dans la nuit, érection suivie d'éjaculation.

7e *séance.* — (14 mars), 4 minutes. Pendant la pendaison, fourmillements aux pieds et aux mains.

La journée a été marquée par une sensation désagréable dans le dos.

Le 16 mars, la nuit a été très mauvaise. Grands fourmillements au pied droit.

Douleur assez vive pour réveiller le malade ; crises douloureuses durant vingt minutes.

On interromp le traitementt sur la demande de M. G...

8e *séance.*— (18 mars), 3 minutes. Grands fourmillements aux pieds. Sensation de froid de la base du cou au sacrum. Affaiblissement. Nuit agitée. Frissons dans les cuisses.

9e *séance.* — (20 mars), 4 minutes. Rien de particulier à signaler dans la journée ni dans la nuit.

Dans la nuit du 21 au 22, érection suivie d'éjaculation.

10e *séance.* — (22 mars), 1 minute. Après une minute de suspension, le malade se sent faible et craint une syncope. On le porte au lit, où, auscultè à diverses reprises, il a présenté les lésions de la tuberculose pulmonaire.

Les séances sont interrompues.

OBSERVATION XVII

(Communiquée par M. Sabrazès, interne à Pellegrin.)

Tabes à la période paralytique. — Suspension. — Mort.

S... (Jacques), 73 ans, tailleur, entré à Pellegrin en 1876.

Dans ses antécédents, troubles gastriques caractérisés par des douleurs avec retentissement du côté de la colonne dorsale.

Douleurs fulgurantes dans les membres, dans l'estomac.

A 45 ans, incoordination motrice des membres inférieurs.

Entré à l'hôpital Saint-André, il présente les mêmes symptômes avec difficulté dans la miction et la défécation.

En 1874, tremblement des membres supérieurs, chute des ongles des pieds.

Etat actuel. — (28 février 1889.) Aucune trace de syphilis.

Organes des sens normaux.

Les membres supérieurs dont la force musculaire est bien conservée n'offrent ni amaigrissement, ni troubles trophiques.

Incoordination des mouvements volontaires.

Du côté des membres inférieurs, la marche est difficile : lancement des pieds à l'aventure.

Perte de la notion de position.

Desquamation furfuracée des pieds.

Anesthésie plantaire.

Réflexes rotuliens. . . . . } abolis des deux côtés.
— plantaires. . . . . }
— testiculaires. . . . . }
— de Rosenbach . . . . }

Le 28 février : 1re séance de suspension (1 minute).

Le 3 mars : 2e séance (1 minute).

Le 5 : 3e séance (2 minutes).

Le 7 : 4e séance (3 minutes).

Le 9 : 5e séance (4 minutes).

10 mars : 6e séance (4 minutes).

Ces séances n'ont amené aucun changement dans l'état du malade.

A la sixième, la notion des positions des membres supérieurs était récupérée, mais le malade déclare que ce symptôme disparaît et reparaît à intervalles variables.

Une série d'autres séances, les 15, 17, 20, 23 mars, demeurent sans résultat. Interruption.

Après des crises gastriques et des douleurs vésicales très intenses, le malade est tombé dans le coma et est mort le 16 avril.

OBSERVATION XVIII

Tabes à la période ataxique. Suspension.

(Communiquée par M. Sabrazès).

T... (Jean), 51 ans, farinier, entré à Pellegrin le 22 février 1889.

Dans ses antécédents de famille : Un père et une sœur sont morts phtisiques.

Dans ses antécédents personnels, deux blennorrhagies, pas de syphilis.

En 1869, douleurs fulgurantes dans les jambes et les mains.

Plus tard et successivement, douleurs en ceinture, ténesme rectal, incoordination motrice des membres inférieurs. Chute des ongles du gros orteil. Affaiblissement de la vue.

Etat actuel. — 2 mars 1889. Membres supérieurs normaux.

Au dynamomètre : M. S. D. = 43 kilogr.

— M. S. G. = 40 kilogr.

Marche difficile ne pouvant s'effectuer qu'à l'aide d'une canne; le malade frappe du talon. Signe de Romberg très net.

Réflexes plantaires . . . . . }
— rotuliens . . . . . } abolis des deux côtés.
— testiculaires . . . . . }

Suspension au moyen de deux brassières et d'un système de frondes entrecroisées.

Le 10 mars, séance d'une minute marquée par des bourdonnements d'oreilles et une sensation de chaleur le long de la colonne vertébrale. Pendant la nuit suivante, quelques pollutions sans érection. Point de fourmillements.

Le 12 mars : 2e séance, 2 minutes.

Une heure après la séance le malade déclare qu'il lève les pieds avec plus de facilité, qu'il se sent plus leste.

Pas de modification des réflexes.

Sa force au dynamomètre a augmenté; elle donne :

M. S. D. = 53 kil.

M. S. G. = 43 kil.

Le 13 mars : après une séance de 3 minutes, des picotements sont éprouvés le long de la cuisse et de la jambe gauches.

Le 16 : le malade a, la nuit, une érection, ce qui l'étonne fort, pareil fait ne s'étant pas produit depuis sept ans.

Le 18 mars : séance de 4 minutes, après laquelle la force au dynamomètre se chiffre : à droite, par 49 kil.; à gauche, par 40 kil.

Le malade peut, à ce moment, se tenir debout, les yeux fermés, et marcher devant lui et à reculons sans le secours de la canne.

Le signe de Romberg persiste.

Le 20 mars : séance de 4 minutes.

Force dynamométrique : M. S. D. = 46 kil.

— : M. S. G. = 40 kil.

Le 22 mars : séance de 3 minutes.

T... est affaibli; il éprouve le soir même de violentes douleurs en coups de couteau et d'aiguille dans les membres inférieurs, et des accès de fausse angine de poitrine qui nécessitent l'application d'un vésicatoire à la région précordiale.

Quelques jours après, à la suite d'un changement brusque de température, bronchite intense, au cours de laquelle le malade reste huit jours au lit.

Les séances sont interrompues.

A la suite de nos observations nous tenons à publier le fait suivant qui est très instructif comme tous les cas malheureux. Il est relaté dans le *Paris médical* du 15 juin 1889.

Le Dr Gorecki signale le fait suivant :

« Un homme d'une quarantaine d'années, ataxique depuis 5 ans, ayant

NUMÉROS des OBSERVATIONS	AGES	SEXES	SYPHILIS	SYMPTOMES PRINCIPAUX AU MOMENT OU LA SUSPENSION A ÉTÉ EMPLOYÉE	NOMBRE des SÉANCES	RÉSULTATS
Obs. I	49	Homme	Non	Douleurs fulgurantes. En ceinture. Incoordination motrice. Miction difficile et fréquente. Sens génital aboli.	97	Disparition des douleurs fulgurantes. Diminution très prononcée de l'incoordination motrice.
Obs. II	42	id.	Oui	Douleurs fulgurantes. En ceinture. Incoordination motrice. Miction difficile et fréquente. Gastralgie. Sens génital aboli.	80	Disparition des douleurs fulgurantes. Marche possible. Miction à peu près normale. Disparition de la gastralgie. Retour du sens génital.
Obs. III	53	id.	Non	Douleurs fulgurantes. Incoordination motrice. Anaphrodisie.	?	Disparition des douleurs fulgurantes. Retour de la puissance motrice.
Obs. IV	50	id.	?	Douleurs fulgurantes. Incoordination motrice. Miction difficile. Impuissance complète.	33	Disparition des douleurs fulgurantes. Miction améliorée. Retour des érections.
Obs. V	43	id.	Oui	Douleurs fulgurantes. Incoordination motrice. Miction difficile. Impuissance complète.	36	Douleurs fulgurantes plus rares.
Obs. VI	32	id.	Oui	Douleurs fulgurantes. Incoordination motrice. Incontinence d'urine. Erections rares.	24	Amélioration dans la marche. Disparition des vives douleurs. Miction plus libre. Erections plus fortes.
Obs. VII	41	id.	Oui	Douleurs fulgurantes peu intenses. Incoordination motrice. Impuissance. Miction difficile.	30	Marche améliorée de la miction.
Obs. VIII	52	id.	Oui	Douleurs fulgurantes faibles. Légère incontinence d'urine. Erections faibles.	22	Amélioration notable dans la marche. Cessation des douleurs. Miction plus libre. Erections soutenues.
Obs. IX	32	id.	Oui	Tous les symptômes tabétiques avaient atteint leur apogée jusqu'à à partir	à la 23e de la 23e	Amélioration. Retour de l'incoordination motrice et retour des douleurs fulgurantes.
Obs. X	43	id.	Oui	Incoordination motrice. Douleurs fulgurantes. Légère incontinence d'urine. Anaphrodisie.	30	Marche améliorée. Diminution des douleurs fulgurantes. Erections revenues.
Obs. XI	50	Femme	Non	Paraplégie ataxique. Douleurs fulgurantes. Troubles de la miction.	40	Marche possible. Diminution des doul. fulgurantes.
Obs. XII	47	Homme	Oui	Douleurs fulgurantes. Incoordination motrice. Incontinence d'urine. Pas d'érections.	20	Incoordination motrice moindre. Erections revenues.
Obs. XIII	43	id.	Non	Incoordination motrice. Douleurs fulgurantes. Incontinence d'urine. Anaphrodisie.	60	Marche améliorée. Douleurs beaucoup plus rares.
Obs. XIV	59	id.	Non	Incoordination motrice. Douleurs fulgurantes et et en ceinture. Crises gastriques. Anaphrodisie.	10	Diminution des douleurs. Marche plus assurée.
Obs. XV	42	Femme	Oui	Paraplégie ataxique. Douleurs fulgurantes et en ceinture. Crises gastriques. Incontinence d'urine.	28	Fonctions vésicales améliorées.
Obs. XVI	43	Homme	Non	Douleurs fulgurantes. Incoordination motrice. Anaphrodisie.	10	Pas de modifications.
Obs. XVII	73	id.	Non	Douleurs fulgurantes et en ceinture. Incoordination motrice.	6	Idem.
Obs. XVIII	51	id.	Non	Douleurs fulgurantes et en ceinture. Incoordination motrice.	6	Idem.

lu l'article du *Petit Journal,* relatif au traitement de l'ataxie locomotrice par la suspension, envoya chercher l'appareil et résolut de se faire traiter.

» La maladie avait eu chez lui une marche rapide, il était presque paraplégique, mais avait toute son intelligence. Il se fit suspendre par son domestique deux ou trois minutes chaque jour; les sept premières séances amenèrent l'amélioration habituelle, il put faire quelques pas et se félicitait de son initiative.

» A la suite de la 8e séance, lorsqu'on le dépendit, il avait perdu l'ouïe et la parole, mais conservé la vue, l'intelligence et le mouvement.

» On fit venir le Dr Callamand, de Saint-Mandé, qui constata son état et tenta les révulsifs, les injections sous-cutanées d'éther, etc.

» La déglutition était impossible et, malgré tous les soins, l'état du malade alla en empirant.

» Le soir même de l'accident, la vue se perdait, puis la paralysie envahissait rapidement les bras et les muscles thoraciques; la mort survint en 24 heures par suffocation.

» C'est, croyons-nous, le premier accident mortel signalé par ce traitement qui, dans le cas actuel, avait été institué sans aucune surveillance médicale ».

SYNTHÈSE DES OBSERVATIONS

En consultant le tableau ci-dessus dans lequel nous avons relaté le sexe, l'âge, les antécédents syphilitiques, les symptômes principaux au moment où la suspension a été employée, le nombre des séances et les résultats obtenus, nous constatons que de toutes les manifestations tabétiques, les douleurs fulgurantes sont celles qui ont été le plus heureusement atténuées.

Quant à l'incoordination motrice, nous croyons que l'amélioration n'est souvent que passagère et ne se fait sentir que sous l'influence immédiate de la suspension.

Les fonctions vésicale et génitale ont été souvent modifiées dans un sens favorable.

Néanmoins nous sommes obligés de reconnaître que, par le rapprochement de nos observations prises dans les hôpitaux de Bordeaux avec celles émanant d'autres cliniques, les résultats sont beaucoup moins satisfaisants, et cependant la méthode est ici mise en vigueur avec la plus grande exactitude.

Loin de nous la pensée de préjuger de l'influence de la syphilis sur le *tabes;* mais il n'en est pas moins vrai que, sur les huit malades étrangers à Bordeaux, deux seulement n'ont pas eu la syphilis, tandis que dans notre statistique trois malades sur neuf sont entachés de syphilis. Il n'est pas à dire pour cela qu'on doive ranger les ataxiques en deux catégories au point de vue des bénéfices qu'ils peuvent retirer de la suspension. C'est là une simple constatation de faits.

Les résultats obtenus dans les divers services de Bordeaux

ne sont pas assez considérables pour être mis en parallèle avec ceux de la Salpêtrière, notamment.

En effet, M. le professeur Charcot avait, à la date du 15 mars, employé la suspension pour 114 ataxiques. Il est vrai qu'il a éliminé 64 cas pour lesquels il n'existait pas d'éléments suffisants d'appréciation, puisque les sujets en question n'avaient été l'objet que d'un petit nombre de suspensions.

Sur 50 tabétiques ayant subi plus de 10 à 15 suspensions, M. Charcot a observé 38 améliorations, sept échecs et cinq accidents.

En analysant minutieusement les 38 premiers cas, l'illustre maître a pensé que les ataxiques frappés par la maladie très jeunes ou arrivés à un âge avancé ne retirent que peu de bénéfice de la suspension. Cette manière de voir est basée sur ce que le *tabes* évolue, dans beaucoup de cas, avec rapidité et intensité chez les jeunes, et que, d'autre part, les gens âgés sont dans un état de débilatation peu favorable.

Aussi M. Charcot conclut de là que l'influence du traitement de Motschutkowsky est en raison directe de l'état général.

D'autre part, Eulenbürg et Mendel viennent de publier dans le *Neurologisches Centralblatt* (1889), n° 11, une statistique comprenant 31 hommes et 9 femmes. Ils ont fait 975 suspensions, ce qui représente une moyenne d'environ 25 suspensions pour chaque malade.

Le minimum a été de deux; le maximum de soixante. Les séances avaient lieu trois fois par semaine.

Chez les malades pouvant le tolérer, on faisait une séance quotidienne.

Les tabétiques étaient d'anciens malades traités depuis longtemps à la polyclinique par diverses méthodes, ce qui permet de comparer l'action de la suspension à celle d'autres modes de traitement.

Sur le nombre total des malades, on n'a pu observer régulièrement que 21 cas; sur ce nombre 4 ou 5 ont été améliorés, 11 ou 12 améliorés en partie, et 5 n'ont presque pas été modifiés.

En tout cas, l'amélioration n'a porté que sur les symptômes et non sur la maladie elle-même.

Les divers symptômes du *tabes* ont été améliorés dans les proportions suivantes :

1° Le sommeil et l'état général ont été améliorés 16 fois au moins sur 34 cas;

2° Le signe de Romberg et les troubles vésicaux, chacun 14 fois.

Par contre, dans un cas d'incontinence, il y a eu aggravation.

3° Les troubles douloureux, en particulier les douleurs fulgurantes, ont été atténués 10 fois; la motilité, 9 fois; les paresthésies 5 fois; les anesthésies, 3 fois; l'impuissance, 3 fois (sur 29 tabétiques hommes).

On n'a observé qu'une fois des crises gastriques qui ont été diminuées; de même des céphalalgies assez nombreuses ont été soulagées; enfin dans un cas l'amblyopie a été améliorée, quoiqu'elle fut due à une atrophie des nerfs optiques.

En nous basant sur la statistique de la Salpêtrière et en nous en rapportant aux résultats d'Eulenbürg et Mendel, nous croyons que la suspension est, de tous les moyens employés dans le traitement de l'ataxie, celui qui donne les résultats les plus favorables, n'excluant pas d'ailleurs l'emploi des autres agents thérapeutiques, qui, dans beaucoup de cas, ne feront que favoriser son efficacité.

CONCLUSIONS

1° A côté des nombreux traitements préconisés dans l'ataxie se place la suspension.

2° Elle paraît exercer une action mécanique et physiologique se traduisant par des tiraillements dans les muscles et dans l'élongation des nerfs.

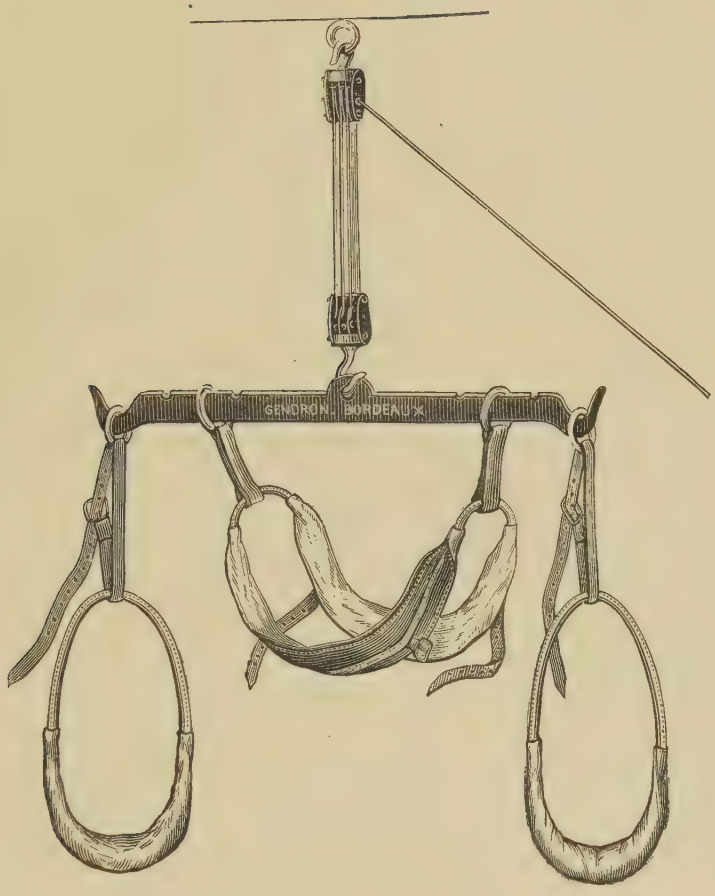
3° Au point de vue clinique son influence porte sur les douleurs fulgurantes, l'incoordination motrice et les fonctions génitales.

4° Elle peut être mise sérieusement en parallèle avec les autres méthodes jusqu'ici en honneur.

Le Doyen,
A. PITRES.

VU BON A IMPRIMER :
Bordeaux, le 19 juin 1889,
Le Président de la thèse,
Dr PICOT.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 19 juin 1889.
Le Recteur,
H. OUVRÉ.



APPLICATION DE L'APPAREIL SUSPENSEUR

DE SAYRE

Au Traitement de l'Ataxie locomotrice.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Motschutkowsky. — Suspension dans l'ataxie. *In* journal le *Wratsch*. — Pétersbourg.

Marschall (J.). — *Clinic of university,* Collège, London, 1883.

Raymond (F.). — art. *Tabes*, *in* Dict. Encycl., Sc. méd.

Raymond (F.). — L'étude des maladies du syst. nerveux en Russie. (Rapport à M. le Ministre de l'instruction publique, 1889).

Charcot. — De la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice progressive et de quelques autres maladies du système nerveux. — *Progrès médical,* 1889.

Gilles de la Tourette. — De la technique à suivre dans le traitement par la suspension. — *Progrès médical*, 1889, nº 9.

Lespinasse. — Sur deux cas de *Tabes* traités par la suspension *(Gaz. hebdomadaire, Sc. méd.*, Bordeaux, 24 février 89).

Eulemburg et Mendel. — Suspension dans le *Tabes*. — *Neurologisches Centralblat*, nº 11. 1889.

Revue médicale de l'Est (1889, nº 11).

Paris-Médical (15 juin 1889).

13,500. — Bordeaux, Vᵉ Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.